

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

ALESSANDRA VIEIRA DE SOUZA
DANIELLE FABIANE CORRÊA SILVA
TATIANA MENEZES DA MOTA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS i/ad VIDA
EM ARACAJU/SE

São Cristóvão/SE
2011

ALESSANDRA VIEIRA DE SOUZA
DANIELLE FABIANE CORRÊA SILVA
TATIANA MENEZES DA MOTA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS i/ad VIDA
EM ARACAJU/SE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade Federal
de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Prof^ª. Dr^ª. Vera Núbia Santos

Orientadora

São Cristóvão/SE
2011

ALESSANDRA VIEIRA DE SOUZA
DANIELLE FABIANNE CORREA SILVA
TATIANA MENEZES DA MOTA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CAPS i/ad VIDA
EM ARACAJU/SE

Aprovado em 18 de Agosto de 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Vera Núbia Santos

Departamento de Serviço Social (DSS/UFS)
Orientadora

Prof^a. MSc. Noêmia Lima Silva

Departamento de Serviço Social (DSS/UFS)
1^a Examinadora

Prof^a Dr^a. Rosângela Marques dos Santos

Departamento de Serviço Social (DSS/UFS)
2^a Examinadora

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, ACÁCIA e AYLTON, que me ensinaram a não temer os desafios e que mesmo diante de todas as dificuldades posso superar os obstáculos. Vocês também fazem parte dessa trajetória e conquista. Posso não demonstrar, mas tenham certeza que AMO VOCÊS!!

Às minhas avós maternas, ADVANE e JOÃO BOSCO, afinal se não fosse o empurrãozinho inicial de vocês essa caminhada teria sido adiada por mais um tempo. Obrigada pela ajuda e pelo carinho.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo, e por entenderam minha constante ausência. Ao amigo especial que a Emsurb me proporcionou EVERALDO, por me ajudar, por me dar forças, por me acalmar quando muitas vezes o desespero falou mais alto. Na verdade você fez a faculdade comigo, sempre que eu tinha alguma dificuldade era você que me ouvia, aconselhava e dava socorro. Ah se não fosse você! Ao meu “chefe”, DANIEL, pela compreensão e liberação quando precisava me dedicar mais um pouco aos estudos e às exigências da faculdade. E a DANI, por “segurar as pontas” na empresa pra mim nos momentos de sufoco. À família CLP da Emsurb (ROBERTO, JOSELITO, FRANCISCO, GEDALVA, GILTON e S. SEBASTIÃO) e DCO da Torre (ERALDO, LUIS, ALISSON, S. JAIRO e HUMBERTO), que direta ou indiretamente aliviaram meu estresse. Obrigada pelo carinho. À minha amiga, ANNE DANIELLE (UFS), quanto sofremos hein amiga?, só nós sabemos o quanto caminhamos pra chegar até aqui. Obrigada por tudo o que fez por mim, se não fosse você em sala de aula não sei o que teria sido das minhas noites nessa universidade. Rsr Às amigas que a universidade colocou em minha vida, FÁTIMA, RAIMUNDA e DANI (Caps Liberdade), que me receberam como ente da família, e GLÁUCIA, TATI e GI (VEC), que fizeram as minhas manhãs mais felizes. Obrigada pela paciência e por tolerarem a minha impaciência, por não desistirem de mim e ficarem do meu lado, se não fosse a alegria de vocês teria pirado.

À TATI e DANI pela companhia na construção dessa pesquisa. Quanto desespero e angústia passamos, mas conseguimos. VALEU MENINAS! À professora VERA NÚBIA, pela orientação prestada no desenvolvimento deste trabalho. Às assistentes sociais do CAPSi/ad Vida, que voluntariamente aceitaram participar dessa pesquisa, e assim contribuíram para o enriquecimento desse estudo. E um agradecimento em especial ao meu bom DEUS, que me deu a vida, inteligência e principalmente força para não desistir diante das inúmeras barreiras que tive de enfrentar ao longo dessa trajetória, afinal “foi quase uma residência em Medicina”. rsrs Enfim a todos que me ajudaram, de uma forma ou de outra, a realizar uma travessia difícil como esta foi para mim. Vocês também fazem parte dessa história.

A todos o meu carinho e muito obrigada!

Alessandra Vieira de Souza

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por ser luz em meu caminho, por estar presente em cada momento de minha vida, por me permitir sonhar, buscar e conquistar mais essa etapa. Obrigada Senhor!

A minha família, pelo incentivo, força e por ter me apoiado em todos os momentos de minha vida! Amo vocês!

Ao meu noivo Renisson, pela ajuda, paciência e carinho! Te adoro! As minhas companheiras de pesquisa, Tati e Alessandra, obrigada por não me deixarem desistir. Sem vocês eu não teria conseguido! Obrigada meninas!!

A professora, Vera Núbia, pela compreensão e paciência, por entender e respeitar as limitações enfrentadas nessa pesquisa. Obrigada pelo incentivo, dedicação e orientação! Ao Caps i/ad Vida por ter permitido a realização da pesquisa. A todos que contribuíram direta e indiretamente... MUITO OBRIGADA!!!

Danielle Fabiane Corrêa Silva

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus que me concedeu a vida e deu-me forças para continuar, mesmo diante de diversos obstáculos me fez acreditar que tudo é possível ao que crê. A minha família que esteve presente nos momentos de agonia, sempre apoiando e acreditando que eu posso e vou conseguir! Aos amigos da UFS e da vida, em especial a Dani, presente em toda a trajetória. A Alê, que sempre lutou para concluirmos mais esse projeto. A professora Vera Núbia, pela compreensão na orientação do trabalho. Enfim, a todos que fizeram parte dessa história, meu MUITO OBRIGADA!

Tatiana Menezes da Mota

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo contribuir para o esclarecimento da atuação do exercício profissional do assistente social no campo da Saúde, especificamente na saúde mental, no âmbito infanto-juvenil, tendo como referência a atuação do profissional do Serviço Social no Centro de Atenção Psicossocial Infantil / Adolescência Vida (CAPS i/ad Vida), situado em Aracaju/SE. Deste modo, visando à inserção do usuário no meio social, essa pesquisa buscou fomentar reflexões quanto aos tipos de intervenções prestadas, mediante as demandas, desafios para a constituição de sujeitos em desenvolvimento (criança e adolescentes) e os princípios e diretrizes do projeto ético-político da profissão. Para tanto, foi necessário o conhecimento acerca das políticas de Saúde, Saúde Mental e da Legislação Psiquiátrica, através de uma trajetória histórica que enfatiza o processo de Reforma Psiquiátrica e sua relevância para a construção de um novo modelo de assistência em saúde mental, bem como a compreensão sobre a demanda institucional e as relações com as práticas profissionais interdisciplinares. E ainda, a análise das informações obtidas mediante a coleta dos dados, no qual ficou constatado que o exercício profissional do assistente social está condizente com os objetivos da Reforma Psiquiátrica em seu cotidiano, e que o processo de trabalho no CAPS i/ad Vida viabiliza a equidade, integralidade e intersetorialidade no atendimento das necessidades dos usuários dos serviços prestados pela instituição. Nessa direção, a temática envolve a importância da atuação do assistente social no processo de ressocialização e autonomia do portador de transtorno mental, mediante as transformações que houve na história do sistema de saúde e de saúde mental dentro do contexto político, social e econômico. Transformações estas que ocasionaram avanços no tratamento às pessoas acometidas psiquicamente, mas que ainda requerem ações continuadas e melhoradas, posto que o campo de atenção psicossocial envolva questões um tanto diversificadas quando relativadas aos usuários dos serviços. Desse modo, a realização dessa pesquisa, com os atores diretamente envolvidos, possibilitou a abertura de caminhos para novas discussões sobre um assunto atual, mas pouco debatido.

Palavras-Chave: Serviço Social, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i/ad Vida – Centro de Atenção Psicossocial Infantil / Adolescência Vida
CEMAR – Centro de Especialidades Médicas
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREESE – Centro de Referência em Educação Especial
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MNLA – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
ONG – Organização Não-Governamental
PNAHS – Programa Nacional do Sistema de Avaliação Hospitalar
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SEMASC – Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SEMED – Secretaria Municipal de Educação
SMTT – Superintendência Municipal Transportes e Trânsito
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I -O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	14
1.1	
-A História da Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	14
1.2	
-Serviço Social na Saúde Mental.....	26
CAPÍTULO II -A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO CAPS i/ad Vida.....	30
2.1 – Aspectos Metodológicos da Pesquisa.....	33
2.2 -O Serviço Social no CAPSi/ad Vida.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Pessoas com doenças mentais são tratadas em instituições psiquiátricas desde o século XVIII. Os modelos hospitalocêntrico (tratamentos em hospitais) e hospiciocêntrico (tratamento em hospícios) do Brasil foram inspirados na experiência europeia. Antes desses dois modelos citados, os portadores de transtornos mentais eram acolhidos pela sociedade se fossem dóceis e tranquilos, caso contrário, eram enviados às cadeias públicas. A história da saúde está diretamente ligada ao contexto político, social e econômico do Brasil, mas nunca ocupou lugar predominante nas políticas do Estado. Na década de 1970 tem início a Reforma Sanitária no Brasil, que teve como objetivo a luta pela mudança dos modelos de saúde pela valorização dos usuários e trabalhadores desta área. Arelada à Reforma Sanitária surge a Reforma Psiquiátrica, sendo de grande importância para as políticas sociais e públicas, induzindo a desospitalização e implantação de serviços diferentes de assistência psiquiátrica no país e evitando, assim, formas mais agressiva de tratamento, na possibilidade de um melhor controle dos sintomas de doenças mentais.

Em 1988, com a Constituição Federativa do Brasil, os direitos e deveres pertinentes à sociedade e ao Estado vieram a ser assegurados. A saúde é definida como dever do Estado e direito do cidadão e o seu acesso deve ser igualitário e universalizante. Em 1989, a Lei do Deputado Paulo Delgado foi enviada ao Congresso Nacional com o objetivo de regulamentar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. No ano de 1990, consolidou-se a Lei Orgânica de Saúde, em que foram estabelecidas as condições institucionais para a implementação de novas políticas de saúde, incluindo a de saúde mental. O SUS (Sistema Único de Saúde) foi regulamentado, apesar de ter sido definido pela Constituição de 1988, consolidando a saúde como um direito a ser garantido pelo Estado através de “ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais (...) mantidos pelo poder público” (POLIGNANO, s/d, p. 23). Ainda neste ano iniciou-se o processo de desinstitucionalização, como consequência dos movimentos de luta por uma sociedade sem manicômios.

Essas transformações começaram a ganhar força após as Conferências Nacionais de Saúde Mental e a Declaração de Caracas, publicada em 1990, objetivando melhorias nos hospitais, diminuição no número de leitos e criação dos núcleos e centros de apoio aos que sofrem de transtornos mentais – são os NAPS e os CAPS. Contudo, somente a partir de dezembro de 2001, com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação de portadores de transtornos mentais, familiares, profissionais e movimentos sociais, é que foram proporcionados ao SUS, os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil.

Foram institucionalizados os CAPS como equipamento estratégico de prestação de atendimento diário às pessoas que sofrem de transtornos mentais, evitando a inserção destas nos hospitais psiquiátricos e, com isso, substituindo os antigos manicômios, bem como desconstruindo os valores efetivados sobre a loucura por parte da sociedade. Em Sergipe a Reforma Psiquiátrica não se deu de forma diferente de todo o Brasil. Por muito tempo a saúde mental esteve vinculada à estrutura manicomial. Somente em 2002, após a criação do CAPS I Artur Bispo do Rosário, pela ONG Luz do Sol, a qual atendia à população adulta egressa ou não de hospitais psiquiátricos, é que se deu o início do processo de construção de vários Centros de Atenção Psicossocial em todo o estado.

Esse novo modelo de saúde mental fez com que o trabalho em equipe assumisse uma nova direção, onde há a conjugação do saber das diversas áreas do conhecimento para a melhoria no

tratamento dos usuários. É nesse contexto que o exercício profissional do assistente social configurou-se como um modelo de atuação ascendente, conforme citado por Bisneto (2007):

Esses serviços necessitam da participação do Serviço Social em proporção maior do que na internação [...] o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem trazer uma abertura muito grande para a atuação do Serviço Social em saúde mental devido à formação social e política dos assistentes sociais (BISNETO, 2007, P. 37).

A atuação do assistente social sofreu transformações durante toda a história do sistema de saúde e de saúde mental, principalmente com o processo da Reforma Psiquiátrica, trazendo a necessidade do profissional definir quais as atribuições privativas de sua profissão.

No início de 1940, os profissionais de Serviço Social da área de saúde mental atuavam de forma higienista, atendendo parcelas da população de forma asilar, desempenhando estudo de caso, orientação familiar e comunitária, entrevistas terapêuticas e ajudando crianças ditas como problemáticas. Em 1970, por exigência do Ministério da Previdência e Assistência

Social (MPAS) houve a inserção de diversos assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos. Apenas em 1973 o MPAS enfatizou a relevância de uma equipe multiprofissional no trato da saúde mental, a fim de conseguir melhores resultados no tratamento dos usuários. Com isso houve um aumento significativo no número de assistentes sociais na área, visando controlar a assistência psiquiátrica.

Diante do exposto, o presente trabalho teve por objetivo ampliar o conhecimento do campo de atuação do Serviço Social, especificamente em saúde mental, no âmbito infantojuvenil, analisando o papel desempenhado pelos assistentes sociais, no Centro de Atenção Psicossocial Infância/Adolescência Vida (CAPS i/ad Vida), inserido no modelo de saúde vigente decorrente da Reforma Psiquiátrica. O novo modelo de saúde mental traz consigo a saúde diretamente ligada à equidade, ao trabalho em equipe multiprofissional e à interdisciplinaridade dos profissionais envolvidos no tratamento dos portadores de transtornos mentais.

Assim, visando à necessidade de mais estudos acerca da saúde mental na área infantojuvenil, e da importância da efetivação dos serviços do profissional do Serviço Social do CAPS i/ad Vida, na busca por inserção do usuário no meio social, este estudo busca fomentar reflexões quanto aos tipos de intervenções prestadas mediante as demandas e os desafios na constituição de sujeitos em desenvolvimento (crianças e adolescentes).

A pesquisa utilizou estudos bibliográficos para a obtenção de conhecimento sobre o contexto histórico da saúde mental e a política de assistência, bem como da análise em campo, em razão da inserção das pesquisadoras como estagiárias, e por meio de questionário entregue às profissionais do Serviço Social, atores envolvidos no processo de intervenção na vida dos usuários dos centros de atenção psicossocial, mediante práticas condizentes com o projeto ético-político da categoria e os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O trabalho está organizado a partir de uma introdução, que faz um enfoque geral sobre o que trata nosso estudo, e dois capítulos, além das considerações finais. O primeiro capítulo, intitulado “O Exercício Profissional do Assistente Social na Saúde Mental”, compreende a fundamentação teórica sobre o tema, no qual foram colocadas as análises acerca das políticas de saúde que se desenvolveram no Brasil paralelamente às políticas de saúde mental, dando uma maior ênfase à Reforma Psiquiátrica e ao papel dos CAPS no processo de

desinstitucionalização do portador de transtorno mental, mediante à assistência social no Brasil e às políticas públicas assistenciais.

O segundo capítulo, “A Reforma Psiquiátrica em Sergipe e o exercício profissional no CAPS i/ad VIDA”, traz um breve histórico do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no estado, bem como a caracterização do local onde ocorreu a pesquisa de campo e as análises das respostas contidas nos questionários entregues às profissionais em questão para, com base na fundamentação teórica exposta, analisar o exercício profissional do assistente social no CAPS i/ad Vida em Aracaju/SE.

Por fim, as considerações finais ao trabalho apresentam uma síntese dos principais resultados da pesquisa, a partir do resgate dos objetivos e hipóteses comparados com os dados obtidos na análise da realidade do processo de trabalho mediante o contexto institucional, político, econômico e social. Considera-se, ainda, como relevância da pesquisa, tanto o seu objeto de estudo (o exercício profissional dos assistentes sociais no campo da Saúde Mental), quanto as profissionais e alunas envolvidas em sua elaboração, no tocante à condicionalidade de crescimento intelectual, profissional e pessoal.

CAPÍTULO I

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

1.1. A História da Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) As formas de lidar com a loucura variam de acordo com o contexto histórico. Até a inclusão do estudo das insanidades no campo da Medicina, há cerca de 2.500 anos na Grécia, existiam apenas alusões à loucura como comportamentos estranhos, personalidades incomuns ou desagradáveis, ou mesmo “possessões demoníacas” (STONE, 1999).

Durante a Idade Média, segundo Stone (1999), pessoas consideradas loucas eram tidas como possuídas pelo demônio, devendo ser queimadas na fogueira. Considerava-se, então, que a qualquer momento o acometimento da loucura, por ser de natureza demoníaca, pudesse desapropriar a razão daqueles ditos sãos. Com isso, muitas explicações sobrenaturais eram dadas para a doença mental, de forma que esses doentes eram tratados com métodos mágicos-religiosos e/ou exorcismos.

No século XVII surge a internação como criação institucional, assumindo um sentido inteiramente diferente da prisão na Idade Média, e reconhecida como um evento importante para a própria loucura, que agora é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade. Nasce, assim, uma nova sensibilidade em relação à loucura, na qual esta é arrancada de sua liberdade imaginária tão presente na Renascença¹ e se vê reclusa pelo internamento e ligada à razão e às regras morais (VIEIRA, 2007).

1 O Renascimento teve sua origem na Itália, numa época onde a sociedade passava por várias transformações. A idéia ocorria nas artes e na cultura como a revalorização do pensamento e afirmação de uma cultura humanista. É o período de grande florescimento do espírito humano. FONTE: http://www.itaucultural.org.br/aplicexternas/enciclopedia_ic/index.cfm?fuseaction=termos_texto&cd_verbete=3

Diante disso, pode-se observar que a loucura era tratada de formas variáveis, conforme a cultura local. Ora como atributo de não humanos, ora como posse (do sujeito) pelos deuses ou demônios, ou transcendência à natureza humana (Amarante, 1996). O louco era, sobretudo, uma questão de natureza privativa da família, ainda que tornado uma questão pública com a criação do Hospital Geral²; o louco era visto em sua diferença tal quais os demais segmentos sociais, posto que a humanidade fosse naturalmente diferente entre si.

É no começo do século XVIII que nasce uma nova reflexão sobre a doença. Pinel³ trouxe um entendimento novo sobre o adoecimento mental o qual passou a ser considerado como um distúrbio do sistema nervoso. A partir disso, recebeu a denominação de doença, a qual precisava ser estudada. Porém, manteve-se a estratégia de exclusão e isolamento do doente e acreditava-se que esse era um tratamento necessário ao doente mental, porque se tinha a concepção de que a família e a sociedade eram estímulos negativos, associavam a doença a uma causa física ou a fatores psicológicos e sociais.

É nessas novas normas médicas que a loucura se integra e o espaço dessa classificação se abre, sem problemas, para a análise da loucura. Mas essa atividade classificadora chocou-se contra a resistência profunda de uma interpretação que liga a loucura à imaginação e ao delírio por uma teoria geral da paixão. Essa natureza hierarquizada, feita pelos classificadores sobre a loucura,

não abalou as suas significações mágicas e extra-médicas. No entanto, esse pensamento médico produz uma mudança de extrema importância, pois, pela primeira vez, aparece um diálogo de cumplicidade entre o médico e o doente. Com o desenvolvimento, ao longo do século XVIII, esse conjunto médico-doente passou a apresentar-se como o elemento constituinte do mundo da loucura (VIEIRA, 2007).

2 O Hospital Geral constituía-se num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão (Amarante, 1996).

3 Philippe Pinel (1745 – 1826) Médico francês nascido em Saint-André d'Alayrac, Tarn, pioneiro no tratamento mais científico e menos supersticioso contra a loucura defendendo tratamentos mais humanos, tornando-se um dos precursores da psiquiatria moderna. Filho de médico formou-se em Toulouse e mudou-se para Paris. Inicialmente dedicou-se como tradutor de obras de medicina e professor de matemática e seu interesse pelas doenças mentais surgiu depois da tragédia de um amigo que, enlouquecido, fugiu para uma floresta, onde morreu devorado por lobos. Para ele, a causa de tais enfermidades eram alterações patológicas no cérebro, decorrentes de fatores hereditários, lesões fisiológicas ou excesso de pressões sociais e psicológicas. Sua primeira medida foi libertar pacientes que, em muitos casos, estavam acorrentados há vinte ou trinta anos. Proibiu a prática de tratamentos como a sangria, os vomitivos e purgantes e adotou um contato amistoso com os pacientes. Combateu credencioso a de que um louco estaria possuído pelo demônio, e buscou explicações científicas para as doenças mentais. Morreu em Paris. FONTE: <http://www.psicologia.org.br/internacional/artigo4.htm>

Contudo, seguindo a psiquiatria de Pinel sob a vigência da Revolução Francesa⁴ de 1789, a nova ordem social, agora centrada no homem, passa a ser guiada pelos preceitos de liberdade, igualdade e fraternidade. Os loucos desafiavam a universalidade desses preceitos, posto que, por ser considerado desprovido de razão, era excluído do próprio estatuto de cidadão, no que tange à igualdade. Por não se ajustar ao modo de produção, era desconsiderado como modelo de homem e, em consequência, acerca do princípio de fraternidade, restando-lhe o cuidado na ótica da tutela. É nesse princípio que a sociedade se aproveita e segrega sua convivência com eles e torna o isolamento como forma de tratamento.

Não obstante, a loucura assume esse papel e passa a ser tida como substrato de exclusão e diluição social. A imagem do louco foi vitalizada e fortalecida como aquele agente social que fomenta a perda da razão, sinônimo de ordem e de norma (FERNANDES; MOURA, 2009).

Historicamente, é no século XIX que a loucura recebeu seu status de doença mental. Até esse momento, os loucos eram confundidos com outras vítimas da segregação. Isto ocorria em hospitais gerais porque eram espaços indiscriminados, voltados para o abrigo dos diversos desvalidos.

Já Freud⁵ apud Osinaga (1999), fez uma crítica ao asilo e colocou o homem no centro da atenção psiquiátrica, fazendo a história dos sintomas e do homem, o que resultou na psicanálise. No século XX, foram significativas as contribuições trazidas pela neuropsiquiatria.

De acordo com Esperidião (2001), a pessoa portadora de transtornos mentais ainda causa a ideia de ameaça e perigo, pois há preconceito na sociedade contra o doente mental, devido ao pouco conhecimento sobre a doença e a falta de informação a respeito do assunto, ⁴ A Revolução Francesa foi um importante marco na história Moderna da nossa civilização. Significou o fim do sistema absolutista e os direitos sociais do povo passaram a ser respeitados.

Proclamou os princípios universais de “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”. Mas por outro lado, as bases de uma sociedade burguesa e capitalista foram estabelecidas durante a revolução. FONTE: <http://www.suapesquisa.com/francesa/> 5 Sigmund Freud (Freiberg, Tchecoslováquia, 1856 – Londres, 1939), médico austríaco e fundador da psicanálise. Foi o responsável pela revolução no estudo da mente humana. Formado em medicina e especializado em tratamentos para doentes mentais, ele criou uma nova teoria, a qual estabelecia que as pessoas que ficavam com a mente doente eram aquelas que não colocavam seus sentimentos para fora. A partir de sua teoria, este grande psicanalista resolveu tratar esses casos através da interpretação dos sonhos das pessoas e também através do método da associação livre, neste último ele fazia com que seus pacientes falassem qualquer coisa que lhes viessem à cabeça. Com este método ele era capaz de desvendar os sentimentos “reprimidos”, ou seja, aqueles sentimentos que seus pacientes guardavam somente para si. FONTE: <http://www.suapesquisa.com/biografias/> 16 bem como por não saber lidar com a situação, no confronto de conflitos sobre a tomada de atitudes relacionadas à imposição de alguns limites, ignorado ou apenas aceitando a situação.

No Brasil, entre os séculos XVI e XIX, a loucura se fez presente no convívio social, sendo seu portador, apenas eventual e temporariamente, encarcerado nas prisões públicas da época. No entanto, a partir do início do século XIX, a loucura começou a ser reconhecida como desordem, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico. Passou a ser assunto do discurso religioso que, em associação com o governo, progressivamente, retirou-a do contexto social, isolando-a nas celas fortes dos porões de hospitais das Santas Casas de Misericórdias e nas prisões públicas. Nessas instituições, a loucura era objeto de suporte espiritual e de correção moral. O que prevalecia, no entanto, eram os maus-tratos, a repressão física e a falta de condições de higiene, o que condenava a maioria dos loucos à morte (FIGUEIREDO, 1996; RESENDE, 1990; MEDEIROS, 1977). Em meados do século XIX, o primeiro manicômio brasileiro, com o nome de Hospício D. Pedro II, foi inaugurado no Rio de Janeiro, capital do Império. Apesar da presença de médicos nesse local, o seu controle ainda permanecia objeto do discurso religioso praticado na Santa Casa (TEIXEIRA, 1997). Vigorava o modelo de assistência psiquiátrica que propunha a hospitalização e o asilamento do doente mental, objetivando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública (VASCONCELOS, 2006). A assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social, abrigava e isolava os portadores de psicoses – aquelas pessoas que não podiam custear ficavam nas santas casas de misericórdias, onde ficavam trancadas, tinham seus corpos imobilizados e eram maltratadas quando da não adequação aos padrões determinados –, porém, esse modelo passou a ser questionado pela sociedade através dos movimentos sociais, no pós 64, quando a Reforma Psiquiátrica começa a ganhar força no contexto.

Após a Proclamação da República, no final do século XIX, por meio do discurso científico (médico-psiquiátrico) associado ao Estado, a loucura passou a ser gerenciada em serviços médicos especializados que firmavam o gerenciamento da loucura por meio de valores humanitários, e não mais, primitivo e desumano (TEIXEIRA, 1997). Contudo, a desinstitucionalização da saúde mental no Brasil se inicia no século XX, mais precisamente em 1978. De acordo com o Ministério da Saúde, é nesse período que ocorre a (re) emergência dos principais movimentos sociais, após um longo período de repressão militar, ficando este ano marcado como sendo o início efetivo dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Dentro dos grandes movimentos sociais, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento pela reforma sanitária, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Surge em um processo de luta pela redemocratização do país, após denúncias de

três médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II (atual Instituto Municipal Nise da Silveira), no Rio de Janeiro, em 1978, sobre as péssimas condições de trabalho e assistência aos pacientes. Essa mobilização se inicia e espalha-se pelos estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo; oriundo de outras ações no campo da saúde ficou conhecido como o processo de Reforma Sanitária. É, sobretudo, neste movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construção coletiva de uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Segundo os estudos de Amarante (1995), o Movimento Anti-manicomial teve como objetivo lutar pelo tratamento inclusivo de doentes psiquiátricos, sem que se fizesse necessário a internação em manicômios, bem como pela conscientização da população na importância do acolhimento, apoio e reinserção social do portador de transtornos mentais. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) passa a ser o principal protagonista pela mudança assistencial no campo da saúde mental no Brasil, e sua principal influência foi o processo desenvolvido na Itália pelo psiquiatra Franco Basaglia⁶, que proporcionou a aprovação da Lei 180, em que foram extintos os manicômios italianos e a criação de novas formas de lidar com a loucura. Deste modo, propôs uma nova forma de compreender e lidar com a loucura. Conforme Rosa (2002): 6 Franco Basaglia (1924 –1980), médico psiquiatra precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano -as Psiquiatrias Democráticas Italiana, que denunciava os abusos na assistência psiquiátrica italiana. Agia influenciado pela filosofia fenomenológica e existencialista, e pelo marxismo na tradição de Antônio Gramsci. Entende que a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social dos portadores de transtorno mental e, conseqüentemente, a sua reinserção no mundo social (ROSA, 2002, p. 152).

Esta experiência impulsionou a inspiração do MNLA na luta pela extinção dos manicômios no Brasil e, por isso, refere-se como um processo mais ou menos organizado de transformação dos Serviços Psiquiátricos, derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais. Esse Movimento tem o dia 18 de maio como data de comemoração no calendário nacional brasileiro, pois esta data remete ao Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em 1987, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo. A partir daí começou a ocorrer mudanças no Brasil, bem como nos demais países do mundo, que nortearam a assistência ao portador de transtorno mental, cujo sentido geral objetiva a transformação das relações da sociedade com estas pessoas. O movimento da reforma psiquiátrica começa a surgir orientado pelo esforço da desinstitucionalização, em que doente mental abandona os hospitais e retorna à sua comunidade.

Amarante (1995) define reforma psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática, tendo como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Posto a Reforma Psiquiátrica Brasileira como uma das ações de práticas e defesa coletiva da saúde em seu processo e suas transformações, analisa-se suas mudanças nos modelos de atenção e gestão dessas práticas de saúde.

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que

o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Essa Reforma surge com a proposta de transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Todavia, não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, e sim eliminar a prática do asilamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtorno mental.

Configura-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte de profissionais e de alguns segmentos da sociedade. É tratado como desospitalização, visando a um tratamento que busque a integração das pessoas portadoras de doenças mentais com a comunidade, além de ser um modelo que tenta acabar com o laço existente entre a exclusão social e a internação como um tratamento clínico, pois ocorre a inviabilidade à proposta de ressocialização/reabilitação, além de refletir acerca da forma negativa sobre a família, por ser nesta onde acontece o embate com a realidade.

Todo esse processo de luta culminou na elaboração do projeto de lei do deputado Paulo Delgado⁷, em 1989, que previa a extinção dos manicômios no Brasil. Esse projeto ficou engavetado por 12 anos, no entanto, mesmo sem a aprovação em votação, várias iniciativas foram sendo tomadas na intenção da extinção. Com isto, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) como um mecanismo conveniente da política de saúde mental, com a função de evitar as re/internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo um atendimento clínico diário para favorecer a inserção social e a autonomia dos portadores de transtornos mentais, através de ações interdisciplinares, baseadas nos princípios do SUS, bem como a substituição dos antigos manicômios e consequente desconstrução dos valores efetivados por parte da sociedade. Daí o CAPS possuir uma proposta articulada à demanda psiquiátrica de ressocialização através de fortes tendências às ações terapêuticas.

Após esses 12 anos de elaboração e tramitação, e do lançamento do filme Bicho de Sete Cabeças⁸, em 2001, o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado foi aprovado pelos 7 Paulo Gabriel Godinho Delgado é sociólogo, professor da Universidade Federal de Juiz de Fora, foi deputado federal por vinte anos (1986-2006). Coordenador da delegação brasileira junto a Convenção das Nações Unidas (ONU) sobre mudanças climáticas (Eco 92), no Rio de Janeiro. Delegado brasileiro na conferência de Kyoto Japão. Foi presidente da Comissão da Educação e Cultura da Câmara dos Deputados, vice-presidente da Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional, foi presidente do Grupo Brasileiro do Parlamento Latino Americano. Delgado é autor da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei das Cooperativas Sociais. É membro da Ordem do Rio Branco, Itamaraty e Chanceler da Ordem do Mérito Nacional da França. É consultor nas áreas de Educação e Política. São de sua autoria as seguintes leis, entre outras: Lei 10.216, Lei 9.867, Lei 9.270, Lei 10.708. FONTE: <http://www.paulodelgado.com.br/>

⁸ Produzido e dirigido por Lais Bodansky, conta a história de Austregésilo Carrano Bueno, que através do sofrimento que passou denuncia a violação dos direitos humanos com os tratamentos legitimados pela psiquiatria: eletrochoque, camisa de força, cela forte e outros.

Legislativo (Lei 10.216/029), que conduziu um redirecionamento na política de assistência à saúde mental, dando um direcionamento na Reforma Psiquiátrica no país. No entanto, houve uma mudança na cláusula da extinção dos manicômios para um redirecionamento na assistência, no que tange ao quesito “limites” ao centrar o tratamento no interior dos CAPS.

Entretanto, o MNLA continua na luta para fortalecer suas ações em favor da não segregação dos considerados loucos, buscando uma rede ampla de serviços. Para tal, defende os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em sua implantação, através da Lei 8.080/9010, prevê “a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Segundo o Artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Embora essas ações tenham feito avançar o tratamento às pessoas acometidas psiquicamente, ainda existe um grande número de leitos, devido a algumas entidades manterem resistência à extinção dos manicômios. Por outro lado, na tentativa de coibir estas práticas, foi criado o Programa Nacional do Sistema de Avaliação Hospitalar PNAHS/Psiquiatria, que impulsionou a política de desinstitucionalização, tendo a finalidade de fiscalizar clínicas e hospitais do país para constatar irregularidades na assistência e desativá-los. Entretanto, esse processo ainda tem se mostrado lento.

A aprovação da Lei 10.216/02 deu origem à Portaria nº 336/ GM do Ministério da Saúde, que estabelece o CAPS como articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, constituindo-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional:

CAPS I: serviço que atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com capacidade para atendimento em municípios com população entre 20.00 e 70.00 habitantes e em funcionamento diário por cinco dias da semana; 9 Lei 10.216/02 a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. FONTE: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm 10 Leis – Dispõe os princípios e diretrizes do SUS. Esta Lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde. A esse respeito, vale conferir na íntegra. FONTE: <http://portal.saude.gov.Br/portal/arquivo/pdf/lei8080.pdf>

CAPS II: serviço que atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes, para atender a municípios com 70.00 a 200.00 habitantes;

- CAPS I II: serviço para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo referência para a população de cerca de 200.000 habitantes:

- CAPS ad II: serviço para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população de cerca de 70.000 habitantes;

- CAPS III: serviço que atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com capacidade operacional para atender municípios com população acima de 200.000 habitantes e de atenção contínua durante 24 horas. De acordo com esta Portaria, que dispõe o CAPS “como um lugar de referência no tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem a permanência num dispositivo de cuidado intensivo comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004), fica estabelecido a formação de uma equipe mínima, a qual deverá compor o seguinte quadro de profissionais dentro da instituição, mediante atendimento a 30 pacientes por turno de quatro horas: um médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de

nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão ou outro profissional elementar para o desenvolvimento das atividades. O surgimento do primeiro CAPS no país, em 1987, aconteceu no estado de São Paulo, na cidade de Santos. E com isso deu-se início o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Em 1989 são implantados, no município, os NAPS, que funcionam 24 horas, e as cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois foi a primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma não era apenas uma retórica, e sim exequível.

Em 1990 foi regulamentado o SUS, que já havia sido definido pela Constituição de 1988. Esta regulamentação consolida a saúde como um direito a ser garantido pelo Estado, através de “ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais (...) mantidas pelo Poder Público” (POLIGNANO, s/d, p.23), alicerçado nos princípios de acesso universal, da integralidade, da equidade, da descentralização e do controle social. Sendo, portanto, um avanço de grande relevância na implementação de direitos à população, mas ainda fragilizado. No entanto, pode-se afirmar que este modelo de saúde representou uma das ações mais bem sucedidas das políticas de saúde, haja vista que, após o SUS, sucedeu-se a descentralização/municipalização dos serviços de saúde no Brasil, proporcionando maior responsabilização e administração aos gestores locais, referente aos gastos públicos.

Dados do Ministério da Saúde comprovam o aumento nos últimos anos do número de CAPS implantados em todo país, passando de um total de seis centros nos anos 1980-1988 para 1.123 unidades até outubro de 2005. Foram criados 508 do porte CAPS I, 2.341 do porte CAPS II, 38 do porte CAPS III, 83 CAPS i, 153 CAPS ad. A expansão da rede CAPS, que começou no início da década de 1990, acelerou-se a partir de 2002-2003, e vem sendo mantido um ritmo intenso de implantação de novos serviços (1.467 implantados entre 2003-2009). No tocante ao estado de Sergipe, até hoje existem 31 CAPS, sendo a capital Aracaju, o único município a ter instalado CAPS de porte III, e 18 Serviços de Residências Terapêuticas implantados. Atualmente a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e ofereça cuidados com base nos recursos que a comunidade disponibilize.

Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)¹¹, os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) e o Programa de Volta para Casa¹² o qual oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

11 Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) – residências terapêuticas ou “moradias” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder as necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam vínculos familiares e sociais, bem como moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos acompanhados nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). FONTE: <http://www.saude.rs.gov.br/>

12 O Programa "De Volta Para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 23

Tendo esta política pública como parte do processo de implantação de um modelo tecnoassistencial, o município de Aracaju desenvolve uma política de implementação de serviços organizada a partir de uma rede assistencial, com equipamentos de saúde específicos ao cuidado de usuários com transtorno mental (Rede de Atenção Psicossocial) e com complementaridade de outras redes de assistência (Rede de Atenção à Saúde da Família, Rede de Urgência e Emergência, Rede Ambulatorial Especializada e Rede Hospitalar).

Essa Política Municipal de Saúde Mental, baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, aposta nos Centros de Atenção Psicossocial como equipamento estratégico para a efetiva integração de pessoas com transtorno mental à comunidade. Para tal, conta atualmente com seis CAPS: Um para dependentes químicos, três com funcionamento 24 horas, um para infância e adolescência e um CAPS I; Cinco ambulatorios de Referência em Saúde Mental regionalizados nas Unidades de Saúde da Família Anália Pina, Francisco Fonseca, Sinhazinha e nas Unidades Básicas de Saúde Geraldo Magela e Edézio Vieira de Melo; uma Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral; E o apoio do CEMAR/SAMU.

Houve também, por parte do SUS Aracaju, a implantação do Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família¹³ como estratégia de qualificação do cuidado na atenção básica. Os encontros sistemáticos produzem um confronto positivo e questionador entre as realidades de cuidado nos CAPS e a responsabilidade e compromisso de todos os profissionais de saúde. Devido a esta implementação, até 2005, houve uma redução de 20% (vinte por cento) do número de internações psiquiátricas.

Tais serviços são grandes formadores de recursos humanos na transformação do cuidado em Saúde Mental, bem como na garantia do acolhimento das necessidades específicas dos usuários portadores de transtornos mentais. Mas é pertinente dizer que, em Aracaju, assim como em todo Brasil, faz-se necessário que as pessoas com transtornos mentais sejam inseridas como cidadãos na rede de atenção psicossocial, participando das discussões e da formulação de políticas públicas para a área, bem como haja uma 10.708/03, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. FONTE:

<http://portal.saude.gov.br/>

13 O apoio matricial em saúde objetiva oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência, mediante diretrizes clínicas e sanitárias construídas entre os componentes da equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. FONTE: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> reestruturação da equipe de trabalhadores e gestores responsáveis pela rede de Atenção Básica na oferta dos serviços.

É nesse contexto que se insere as políticas públicas, considerando sua importância junto aos portadores de transtornos mentais e a necessidade de reformular o paradigma assistencial da saúde mental. Um paradigma que forme uma rede de assistência, com ambulatorios, hospitais e centros para reabilitações dignos, em que o processo de atenção à família, nesses espaços institucionais, seja organizado para trabalhar usuário/problema dentro de situações específicas da doença mental.

1.2. Serviço Social na Saúde Mental

O novo modelo de saúde mental mediante recusa ao reducionismo que a psiquiatria imprimiu à loucura, ao limitá-la como doença, impôs um movimento de reconstrução de sua complexidade e fez com que o trabalho em equipe assumisse uma nova direção. Para tal, a Reforma Psiquiátrica evidenciou o campo de atenção psicossocial como um espaço sócioocupacional interdisciplinar¹⁴, onde a conjugação do saber das diversas áreas do conhecimento é essencial para a melhoria no tratamento dos usuários. Isso trouxe consigo a necessidade do profissional definir quais as atribuições privativas de sua profissão na instituição.

Desta forma, por o Serviço Social se configurar como um modelo de atuação ascendente no âmbito da saúde mental, este se tornou relevante recorrer a uma trajetória histórica acerca da atuação deste profissional dentro dessa área. Dentro desse novo espaço fica evidente o objeto do trabalho – uma das expressões da questão social –, aqui entendido como um plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania, entre outros relativados aos usuários dos serviços dessa área.

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, e após um movimento para sua regulamentação, foi instituída a Lei 8.742/93 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) –, que define, no artigo 1º, a assistência social como “direito do

14 A esse respeito, sugere-se uma consulta à <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691994000200008> cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” e seu acesso deve ser igualitário e universalizante. É nesse contexto que a assistência social passa a fomentar a cidadania dos brasileiros. Essa lei, ao se voltar a determinados segmentos da sociedade – aqueles ditos vulneráveis – também deve ser compreendida no amparo à pessoa com transtorno mental, por meio do Benefício da Prestação Continuada (BPC), um dos benefícios que a atuação do assistente social na Política de Assistência Social evidencia-se.

No entanto, a atuação do assistente social sofreu transformações durante toda a história do sistema de saúde e de saúde mental, principalmente com o processo da Reforma Psiquiátrica, haja vista que sua atuação, nesse âmbito, é de fundamental importância porque “a atuação do assistente social, frente ao sofrimento mental, não se resume a restituir uma ‘falta de cidadania’ ou suprir direitos previdenciários: os problemas nessa área são muito mais complexos e paradoxais” (BISNETO 2007, p. 195). Foi em 1940 que se deu o início do exercício profissional nesta área, com embasamento no modelo Child Guidance Clinics, que objetivava o tratamento em forma higienista, atendendo parcelas da população por meio do asilamento em instituições e desempenhando funções através do estudo de caso, orientação familiar e comunitária, entrevistas terapêuticas e ajudando crianças tidas como problemáticas, como enfoca Alves Filho (1956):

1) Processo de inscrição, através de um encontro inicial com o cliente e a família para coleta de dados básicos, estabelecer e/ou esclarecer a necessidade de ajuda e o vínculo com o serviço; 2) Através do ‘tratamento social de casos’, atuando junto a família do cliente, visando ‘ajudar a família a dar a criança um ambiente adequado para possibilitar o tratamento psiquiátrico’ e

‘ajudá-la (a família) a conseguir um melhor ajustamento sobre seus membros, conseguinte de modificação lenta de atitudes. (FILHO, 1956 apud VASCONCELOS, 2000, p.184).

Nesse período, onde a atuação do Serviço Social caracterizava-se na linha individualizadora e normatizadora do higienismo, subalternizava ao paradigma médico e ao direcionamento da instituição, tendo como fundamentação teórica e técnica a Sociologia e a Psicologia.

Em 1970, por exigência do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), houve a inserção de diversos assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos, atendendo a uma necessidade do INPS (atualmente INSS), no sentido de controlar a assistência psiquiátrica e não com uma proposta terapêutica propriamente dita (proveniente do regime militar). Sendo que, por causa do golpe da Ditadura Militar e da privatização da saúde, houve o crescimento de clínicas e o consequente aumento do número de profissionais nesta área. Contudo, o Serviço Social no pós-64 atendia aos manicômios com a perspectiva de oferecer serviços necessários ou benéficos para legitimá-los.

Em 1973 o MPAS enfatiza a relevância de uma equipe multiprofissional no trato da saúde mental, a fim de conseguir melhores resultados no tratamento dos usuários, posto que o novo molde da assistência psiquiátrica necessitam de profissionais que dêem conta das demandas em todos os seus níveis e especificidades. Essa nova concepção de trabalho – o trabalho em equipe – passa por mudanças que estão ancoradas na Reforma Psiquiátrica e na orientação da interdisciplinaridade e integralidade.

Em face dessa caracterização do novo modelo de assistência em saúde mental, que se contrapõe aos manicômios, o trabalho do assistente social tem sua particularidade por ser possibilitador da integração social e familiar dos usuários, apoiando-os em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo-lhes atendimento merecido e auxílio na busca de benefícios, bem como contribuindo para o enfrentamento da questão social ligada ao processo de saúde/sofrimento, que se constitui como instrumento estratégico da Reforma Psiquiátrica. Posto que, diante da realidade vivenciada pelo usuário dos serviços de atenção em saúde mental, é imprescindível que seja realizado o reconhecimento das necessidades dos portadores de transtornos mentais, sendo estas políticas, sociais, culturais ou, até mesmo, materiais.

Mediante esse desafio de intervenção profissional, torna-se indispensável que o assistente social no âmbito da psiquiatria possua subsídios com relação à saúde mental, discutindo a necessidade de se buscar soluções quanto aos interesses do portador de transtorno mental, quer seja na saúde psicossocial, ou pelos conhecimentos acerca dos direitos de cidadania, que vão de encontro às concepções de outras práticas políticas que respondem à política neoliberal.

Assim sendo, o Serviço Social na saúde mental precisa estar atrelado à interdisciplinaridade, para dar conta das demandas institucionais sem perder de vista a criticidade e o contexto histórico que envolve a problemática do usuário. Para isso, é essencial que haja capacitação dos profissionais para orientação dos indivíduos e grupos de diferentes seguimentos sociais, no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos, como preconiza a Lei de Regulamentação da Profissão¹⁵, visando aperfeiçoar a ressocialização desses sujeitos, tanto no ambiente familiar, como do trabalho ou dentro da comunidade.

Todavia, a prática profissional se depara com os limites das políticas públicas e com a falta de acesso aos serviços, além da falta de estrutura física adequada para o desenvolvimento dos

trabalhos. Entretanto, essas dificuldades tornam-se preceitos para superação das barreiras, pois o profissional de Serviço Social tem, através das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, as ferramentas necessárias para buscar a construção, proposição e articulação de estratégias que superem tais barreiras e contribuam para uma ação reinventada a cada demanda nos diferentes espaços de atenção ao usuário.

Contudo, cabe ressaltar que o exercício profissional do assistente social mediante dificuldades e particularidades, não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário, mas perpassa, também, pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais e institucionais, interferindo no processo saúde-doença em busca por estratégias de enfrentamento destas questões, de uma melhor prestação dos serviços aos usuários de saúde mental, bem como para a assistência dos familiares.

15 Lei nº. 8.662, de 7 de junho de 1953. Dispõe sobre a profissão do assistente social.

CAPÍTULO II

A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SERGIPE E O EXERCÍCIO PROFISIONAL NO CAPS I/AD VIDA

Em Sergipe, a Reforma Psiquiátrica não se deu de forma diferente de todo o Brasil. Por muito tempo, a saúde mental esteve vinculada à estrutura manicomial. O marco da assistência psiquiátrica no Estado foi em 1940, simbolizando a inauguração do hospital-colônia Eronildes de Carvalho. Em 1960 o hospital foi desativado, devido às inúmeras dificuldades financeiras e estruturais.

Em 1951 foi inaugurada a primeira Clínica Psiquiátrica de Sergipe, Aداuto Botelho, de ordem pública e situada em Aracaju. Todos os pacientes do antigo hospital Eronildes de Carvalho foram transferidos para a Clínica Aداuto Botelho. Em 1974, devido ao excesso de pacientes internados e à insuficiência de recursos financeiros, o Aداuto Botelho passou a enfrentar diversas crises, sua situação era preocupante. Devido a tal conjuntura e ao objetivo de transformá-la, estabeleceram-se contatos com a Universidade Federal de Sergipe, criou-se campo de estágio, inclusive para Serviço Social.

Nessa época, as estagiárias de serviço social com a orientação da uma médica psiquiátrica realizaram um trabalho pela procura dos familiares dos pacientes há muito tempo internados, visando estabelecer o vínculo familiar. Nesse mesmo período, a situação do hospital começou a mudar. A estrutura física passou por reformas e a equipe dos profissionais foi ampliada. Passou a funcionar também no Aداuto Botelho um ambulatório de saúde. Foi criada, também, a Coordenadoria de Saúde Mental pela Secretaria do Estado da Saúde. Em 1979 foi viabilizada a criação de um hospital psiquiátrico, Hospital Psiquiátrico Garcia Moreno. Houve a criação, em Aracaju, de duas clínicas particulares em assistência à Saúde Mental: A Casa de Saúde Santa Maria e a Clínica de Repouso São Marcelo.

Em 1985, o hospital psiquiátrico Aداuto Botelho foi fechado por falta de condições de atendimento e seus pacientes foram transferidos para o hospital Garcia Moreno. Após a desativação do Aداuto Botelho, grande parte do contingente de internação do estado de Sergipe passou a ser dirigido para as duas clínicas particulares existentes.

Na cidade de Nossa Senhora da Glória, o aumento de pessoas portadoras de sofrimentos psíquicos fez com que alguns profissionais da área se reunissem e criassem a ONG Luz do Sol. Já em 1995, a mesma ONG criou o Projeto Luz do Sol, que consistia num ambulatório de saúde mental e oficina terapêutica que atendia a pessoas portadoras de alguma deficiência, fosse física, psíquica, dentre outras. Ofereciam serviços como alimentação, atendimento médico, psicológico, odontológico, pedagógico e de Serviço Social.

Devido ao aumento considerável no número de usuários, necessitou aumentar o valor do financiamento para atender às exigências mínimas da Portaria MS336/2002. Em 2000, a ONG criou o CAPS I Artur Bispo do Rosário, para atender à população adulta, egressa ou não, de hospitais psiquiátricos em uma das áreas mais pobres da cidade de Aracaju. Em 2002, o projeto transformava-se em CAPS Luz do Sol, continuando a atender tanto aos antigos usuários (crianças, jovens e adultos), como aos novos encaminhamentos em Saúde Mental. Nesse mesmo ano, o presidente da ONG – gestor de todos os serviços –, foi nomeado coordenador de Saúde Mental, cargo que geria todas as ações em Saúde Mental em Sergipe.

Esse fato fez com que se iniciasse o processo de construção de vários Centros de atenção Psicossocial em todo o estado. (OLIVEIRA; PASSOS, 2007). A implantação de Centros de Atenção Psicossocial foi um importante dispositivo de transformação do modelo manicomial de assistência psiquiátrica em Sergipe, por se tratar de serviços de saúde abertos, comunitários, que oferecem atendimentos diários às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através de ações intersetoriais que visam a facilitar o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Em 2001, a rede de atenção psicossocial em Aracaju possuía como dispositivos de saúde: duas clínicas psiquiátricas conveniadas, com 199 leitos de internação em cada; um serviço de emergência psiquiátrico manicomial isolado, funcionando como porta de entrada para os demais serviços de saúde mental; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, gerenciado por uma organização não-governamental (ONG); e um ambulatório de referência em Saúde Mental para todo o estado, que não suportava toda a demanda. Cerca de 20% dos leitos foram cadastrados no SUS para internação psiquiátrica, porém, só o alcoolismo era responsável, em média, por 60% das internações.

Com o objetivo de atender as propostas da Reforma Psiquiátrica, visou-se a criação de uma rede de atenção psicossocial que acolhesse e transformasse o quadro de exclusão e abandono que os portadores de transtornos mentais sofreram durante longos anos. Para tal consolidação, era notória a necessidade de ampliação ao acesso de serviços substitutivos em saúde mental mediante o aumento do número de CAPS e de equipamentos próprios em conexão com as demais redes que, articulados, pudessem atender a todas as pessoas com transtornos mentais, egressos ou não, de hospitais psiquiátricos.

Dentre outras medidas adotadas, configura-se a implantação de quatro CAPS, sendo dois CAPS III, um CAPS para dependentes químicos e um CAPS infanto-juvenil, consolidando-se o processo de implantação da rede de atenção psicossocial. Todavia, os CAPS não são os únicos responsáveis por atender a todas as demandas, pois, para garantir a atenção integral ao paciente, tem que haver articulação das diversas redes de serviços (sistemas organizacionais com estruturas flexíveis, com capacidade de reunir indivíduos e instituições, através de relações horizontais, interconexas, democráticas e participativas, visando às mesmas temáticas), desde atenção básica (através da Unidade Básica de Saúde – UBS, com a identificação/acolhimento, processamento/compreensão, intervenção e monitoramento), à urgência e emergência, hospitais e ambulatórios.

Segundo indicadores do Ministério da Saúde, em 2007, o Estado de Sergipe possui trinta e um Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados, sendo vinte CAPS I, três CAPS II, três CAPS III, quatro CAPS AD, um CAPS e dezoito Residências Terapêuticas: serviços que representam a porta de inserção na sociedade para pessoas com transtorno mental, longamente internada e que já perderam seus laços familiares e sociais.

Se analisada a proporção de CAPS por 100 mil habitantes, adotada pelo Ministério da Saúde, Sergipe apresenta 82% de cobertura. Aracaju é listada como a terceira melhor rede municipal de atenção voltada ao tratamento e manutenção da saúde mental, possuindo uma cobertura de um Centro de Atenção psicossocial (CAPS) para cada 100 mil habitantes e uma Urgência Mental para situações de perda aguda de autonomia. Em caso de o usuário entrar em crise, a unidade oferece recolhimento qualificado através do acesso pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Deve-se destacar, também, que Aracaju é uma cidade precursora

na oferta desse tipo de serviço. Os Centros de Atenção Psicossociais foram implantados em 2000, ou seja, um ano antes da Lei Federal 10.216 vigorar, tratando da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Cada uma das atividades desenvolvidas tem um gestor, o qual é, igualmente, coordenador do CAPS e um apoiador institucional. O município de Aracaju propicia o trabalho de educação permanente dentro dessas unidades e toda medicação é de responsabilidade do SUS Aracaju.

A cidade de Aracaju conta com seis CAPS: um CAPS I (CAPS Artur Bispo do Rosário), três CAPS III (CAPS David Capristano Filho, CAPS liberdade e CAPS Jael Patrício de Lima), um CAPS AD (CAPS Primavera) e um CAPS infanto-juvenil (CAPS i/ad Vida). O Centro de Atenção Psicossocial – objeto de nossa pesquisa – foi o CAPS i/ad Vida, onde se analisou o papel do serviço social nesse equipamento de saúde.

2.1 Aspectos Metodológicos da Pesquisa

O objeto de investigação da pesquisa foi direcionado para o exercício profissional do assistente social no CAPS i/ad Vida, em Aracaju, no contexto da Reforma Psiquiátrica. O interesse pelo assunto surgiu devido ao estágio de atuação curricular centrar-se na área de Saúde Mental e por um levantamento feito a respeito de monografias e trabalhos de conclusão de curso (TCC), na Universidade Tiradentes (Aracaju) e na Universidade Federal de Sergipe (UFS), realizados desde a década de 1990, o que revelou um número reduzido de trabalhos direcionados a esse tema. Vale ressaltar que esta pesquisa defrontou-se com alguns empecilhos, burocráticos e atemporais, que no primeiro momento nos fizeram pensar em desistir, mas ainda assim persistimos e, mediante as dificuldades, conseguimos realizá-la.

Para isso, foi utilizada a pesquisa qualitativa, por possuir caráter exploratório, o que permitiu aos entrevistados pensarem livremente sobre as questões abordadas, expondo suas opiniões de maneiras subjetivas e espontâneas. Para Minayo (2003), a pesquisa qualitativa ocupa um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a ser adotada para construir uma realidade. A pesquisa bibliográfica, através de autores como Vasconcelos (2006, 2007), Bisneto (2007), Amarante (1995, 2007), dentre outros, o que possibilitou atrelar a teoria à prática, e a observação participativa e de campo, através da técnica de observação sistemática, permitindo ao pesquisador registrar os fatos da realidade sem a utilização de meios técnicos especiais, ou seja, sem planejamento ou controle, devido às vivências no estágio darem-se no campo pesquisado, o CAPS i/ad Vida. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário, cujo conteúdo é apresentado no Apêndice A, combinando perguntas abertas e fechadas, o que deu aos respondentes possibilidades de discorrer sobre os temas propostos com certa liberdade. Os sujeitos entrevistados foram duas assistentes sociais atuantes no Centro de Atenção Psicossociais i/ad Vida. Apesar do Caps i/ad Vida contar com três profissionais do Serviço Social, não foi possível aplicar o questionário a assistente social que atua como coordenadora geral, já que a mesma alegou que o questionário não estava voltado para sua área de atuação, atualmente direcionada para a gestão.

Para aplicação do questionário, foi necessário o envio de uma cópia do projeto de pesquisa para o Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) e um termo de autorização fornecido pelo mesmo. Devido aos trames burocráticos, houve um atraso na concessão da autorização, conseqüentemente na coleta de dados, o que resultou num intervalo curto para a aplicação dos questionários, análise e interpretação dos eixos temáticos abordados.

No roteiro do questionário foram abordados questões gerais a respeito do papel do Serviço Social nos CAPS e quais as mudanças que a Reforma Psiquiátrica trouxe para a atuação do assistente social na saúde mental e na política de saúde em Aracaju, como também foram feitos questionamentos mais específicos do campo pesquisado, a exemplo da interdisciplinaridade no CAPSi /ad Vida, a relação entre o assistente social e o usuário/família e as redes que dão suporte nas relações entre Serviço Social e os atendimentos/encaminhamentos dos usuários.

Determinou-se como objetivo investigar como ocorre o exercício profissional do assistente social no contexto da Reforma Psiquiátrica, em meio a uma equipe multidisciplinar que trabalha nos moldes da interdisciplinaridade. Averiguou-se, também, como o assistente social trabalha a reintegração e ressocialização do indivíduo com transtorno mental e os instrumentais por ele utilizados.

Queremos saber as atividades efetivamente desenvolvidas por assistentes sociais. Devemos ver a prática institucional, ou seja, o que o Serviço Social transforma nos seus processos de intervenção. O Serviço Social na Saúde Mental é uma atividade que transforma algo (...). (BISNETO, 2007, p. 123)

2.2 O Serviço Social no CAPS i/ ad Vida O Centro de Atenção Psicossocial Infantil Vida (CAPS i/ad Vida), localizado na Avenida Alberto Azevedo, nº 207, Bairro Suíssa, Aracaju/SE, foi inaugurado em abril de 2004. O nome foi dado através de eleição, por um pequeno usuário, seu surgimento deu-se por meio de uma discussão sobre a implantação de um centro de atenção psicossocial que atendesse crianças portadoras de transtornos mentais necessitadas de tratamento, sem internamento e usuários de substâncias psicoativas com abandono sócio-afetivo. Tem como finalidade atender crianças e adolescentes com faixa etária de 0 a 15 anos e 11 meses, com o horário de funcionamento das 7h às 19h, um serviço porta aberta, com acolhimento em todo o seu horário de funcionamento. Recebe demandas espontâneas e encaminhamentos de outros serviços. A atenção em saúde é baseada nos princípios do SUS – equidade, integralidade, universalidade, com vínculo e responsabilização.

É um equipamento de saúde que faz parte da Rede Municipal de Saúde, trabalha com serviços substitutivos a internações hospitalares, tratando de casos graves. É ordenador de demanda para o território e faz parte da rede de proteção às crianças e adolescentes. O CAPS i/ad Vida desempenha suas funções baseando-se nos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Deste modo, podem-se citar alguns artigos norteadores para as ações dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, a saber:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 11. É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 15. A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direito civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

O critério de inserção são crianças e adolescentes psicóticos, autistas, com neuroses graves e moderadas, retardo mental associado a distúrbios da conduta, usuários de substâncias psicoativas e vítimas de violência e abuso sexual que apresentem sofrimento psíquico grave.

Compete ao CAPS i/ad Vida o acolhimento (anamnese, escuta qualificada, inserção e encaminhamento) em horário integral, ordenar demandas, discutir os projetos terapêuticos, individual e singular (discussão dos casos e suas necessidades, respeitando os desejos dos usuários, participação da família e a equipe), oferecer oficinas para os usuários, apoio matricial (oferta de conhecimentos e saberes tecnológicos, apoio técnico-profissional, supervisão técnica à distância e presencial para melhorar a efetividade da interseção trabalhador/equipe/usuário produtora de saúde), orientação às famílias e responsáveis, de forma individual e grupal (Reuniões da Família), visitas domiciliares e institucionais. São realizadas, também, consultas (avaliação e prescrição de medicação), reuniões com setores (intersectorialidade), Fóruns, Encontros, Capacitações extras e in loco.

O CAPS i/ad Vida é composto por uma equipe multi e interdisciplinar, composta por psicólogos, terapeuta ocupacional, professor de educação física, musicista, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, enfermeiras, psiquiatra, agentes de serviços gerais, vigilantes, motorista, assistentes administrativos, coordenadora geral e o apoiador institucional.

A instituição conta com a parceria de alguns equipamentos articulados à Saúde Mental, como as Unidades Básicas de Saúde, Rede de Urgência e Emergência, Ambulatórios de Referência em Saúde Mental, Clínicas Conveniadas, Ministério Público, Conselho Tutelar, Escolas, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SEMASC), Superintendência Municipal de Transportes e Trânsito (SMTT), Abrigos e Fundações, Juizados, Universidades, Centro de Referência em Educação Especial (CREESE), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Secretaria da Cultura, Secretaria Municipal de Educação (SEMED). O equipamento de saúde em questão é mantido através de financiamentos do governo municipal. Dispõe de uma estrutura com uma sala para acolhimento, uma sala de espera, um consultório, duas salas multiuso, posto de enfermagem, uma sala de música, uma sala para administração e apoio administrativo, uma sala de reunião e uma área livre para práticas esportivas e oficinas terapêuticas.

O Serviço Social no CAPS i/ad Vida ocorre em parceria com as demais áreas profissionais. Por tratar-se de uma instituição que trabalha nos moldes da Reforma Psiquiátrica, priorizam o trabalho interdisciplinar. Vasconcelos (2006) conceitua interdisciplinaridade como estrutural, onde há reciprocidade e uma tendência a horizontalização das relações de poder, que exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica através do trabalho conjunto, onde são colocados os princípios e os conceitos fundamentais semelhantes, gerando uma aprendizagem mútua, através de uma recombinação de elementos internos.

De acordo com o projeto ético-político lança-se como desafio a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa

do arbítrio e do autoritarismo; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; empenho na eliminação de todas as formas de preconceitos, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças. Quanto ao ponto de vista profissional, tem-se como desafio a preocupação constante com a busca investigativa e com o aprimoramento intelectual, exercendo sua profissão sem ser discriminado, nem discriminar.

O CAPS i/ad Vida conta com três assistentes sociais, sendo que uma exerce a função de coordenadora institucional e as outras duas trabalham diretamente com os usuários e suas famílias ou responsáveis, em turnos distintos. São atendidos pela instituição a população infantil de Aracaju, não ultrapassando (a população) à estabelecida pela Portaria nº 189/2002 (acima de 200 mil habitantes) preconizada para CAPSi.

No Caps i/ad Vida, como atividades de campo, aquelas partilhadas por toda a equipe, o assistente social tem atribuições onde a conjugação do saber das diversas áreas do conhecimento (reunião de equipe técnica) produz um cuidado mais qualificado ao usuário, como acolhimento, continência à crise, busca ativa e orientação quanto ao serviço. Quanto às atividades de núcleo, aquelas que são específicas do Serviço Social, competem ao assistente social orientação social aos usuários, familiares e população, quanto aos benefícios socioassistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) disposto Lei Orgânica da Assistência Social LOAS; articulação e encaminhamento aos serviços de proteção social; visitas domiciliares e institucionais; produção de relatórios sociais (Ministério Público e Conselhos Tutelares); elaborar, programar, executar e avaliar políticas sociais; planejar, organizar e administrar benefícios; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; realizar estudos sócioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública, direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. De acordo com os Parâmetros de Atuação do Serviço Social, competem também ao assistente social, treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social.

Os perfis das interrogadas foram bastante divergentes. Uma das profissionais tinha faixa etária acima de 40 anos e formou-se no início da década de 1980, em uma instituição particular. Tem 28 anos de exercício profissional na área de saúde, porém, há apenas nove meses começou a exercer a profissão na área de Saúde Mental. Na época de sua formação, o Serviço Social passava por um processo de transformação, a negação do Serviço Social Tradicional e a busca pela nova direção que seria dada à profissão. Iniciou-se, assim, o amadurecimento da profissão no seu aspecto ético-político-teórico e metodológico. Como consequência desse movimento, foi elaborado o Currículo Mínimo para o Serviço Social, que passou a fazer parte das Escolas de Serviço Social em 1982. Cabe considerar que foi também na década de 1980 que se deu o Movimento da Reforma Psiquiátrica e, com isso, uma maior abertura para atuação do assistente social na Saúde Mental.

Já a outra profissional tinha faixa etária de 26-30 anos e concluiu sua formação há sete anos, numa instituição pública; atua na área de Saúde Mental há cerca de cinco anos. Diferente da primeira profissional entrevistada, na sua formação, o Movimento da Reforma Psiquiátrica já estava consolidado, assim como uma nova direção na formação profissional do assistente social. Quando questionadas sobre quais mudanças houve para a atuação do assistente social no pós-contexto da Reforma Psiquiátrica, obtiveram-se as seguintes respostas:

“Pautada numa concepção dialética, propositiva e transformadora, revistamos criticamente a nossa prática anterior na saúde mental, e estamos reelaborando cotidianamente nos espaços institucionais e não institucionais nossa prática, numa perspectiva e entendimento ampliado de Saúde Mental consubstanciadas nos novos paradigmas estabelecidos.” (PROFISSIONAL “A”)

“A atuação do profissional de Serviço Social deve objetivar a efetivação do projeto ético-político da Reforma Psiquiátrica, buscando a inclusão social, o controle social, a consolidação do SUS e a intersetorialidade. Com a Reforma Psiquiátrica, a pessoa portadora de transtorno mental é encarada como um sujeito de direitos. (...) o assistente social deve atuar no sentido de garantir a efetivação dos vínculos e relações sociais e o acesso aos direitos dos usuários, rompendo com as práticas fragmentadas.” (PROFISSIONAL “B”)

Essas respostas nos fizeram constatar como o exercício profissional do assistente social teve que se adaptar ao modelo de saúde que entrou em vigor com a Reforma Psiquiátrica. Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), o novo projeto advindo com a Reforma Sanitária e com a Reforma Psiquiátrica para as políticas de saúde, traz uma série de consequências para o trabalho do assistente social em suas diversas dimensões: as condições de trabalho, formação profissional, nas influências teóricas, ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Os assistentes sociais na saúde atuam em torno de quatro grandes eixos: atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Devido a todos os fatores acima, foi relevante abordar qual seria o papel do Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossociais e as atribuições do assistente social no referido equipamento da pesquisa. Obtiveram-se as seguintes respostas: Desenvolve atividades (...) direcionadas ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários; busca a efetivação cotidiana da intersetorialidade e interdisciplinaridade; controle social através da participação e do incentivo a participação dos usuários e familiares em reuniões, oficinas, debates, visitas institucionais, participações em instancias propositivas e deliberativas, estimulando a sociedade (entorno familiar e comunitário) a conviver com as diferenças. (...) Visitas domiciliares, reuniões, abordagem individual, familiar, social e comunitária. (...) Acolhimento, orientações sobre benefícios (BPC, carteirinhas de passe livre), atividades grupais de cidadania, elaboração de relatórios e pareceres. (PROFISSIONAL “A”) Garantir o acesso da pessoa com sofrimento psíquico grave aos serviços de saúde, viabilizando também a inserção e/ou atendimento em outras políticas públicas considerando a saúde para além da “ausência de doença”, mas sim o bem estar físico, mental e social. (PROFISSIONAL “B”) A análise das respostas evidenciou, conforme sinaliza Bisneto (2007), que: O Serviço Social tem atuado principalmente no bojo da Reforma Psiquiátrica, nos mais diversos programas de atendimento que visam possibilitar aos usuários melhores condições de vida ou de reintegração social, e ainda reabilitação psicossocial ou ressocialização. (BISNETO, 2007, p. 131) Os quatro eixos citados anteriormente, desenvolvidos pelos assistentes sociais na área da saúde, puderam ser percebidos nas ações desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social no CAPSi/ad Vida, em parceria com os outros profissionais que compõe a equipe. Por tratar-se de uma equipe multiprofissional (Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia, Psiquiatria, dentre outros) constrói-se nos diferentes saberes, através das reuniões técnicas, o projeto para o cuidado com o usuário, para além do tratamento da saúde, observando o entorno social e as formas de reinserção e autonomia. Nesse contexto de trabalho em equipe, a interdisciplinaridade é inserida na lógica dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, a Portaria 336/GM, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Projeto Ético-Político do Serviço Social, respaldados também nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, no que se refere à sua autonomia profissional.

A interdisciplinaridade foi um dos eixos temáticos do questionário, a fim de entender melhor como o assistente social trabalha essa questão, e se há autonomia do profissional na equipe. Segundo a análise dos relatos, pôde-se perceber que o exercício do profissional do Serviço Social no trabalho em equipe no CAPS i/ad Vida ocorre de maneira interdisciplinar, e as diferenças e os conhecimentos específicos de cada profissão são utilizados de forma a enriquecer esse trabalho, respeitando a dinâmica da cultura e identidades profissionais, como se pode constatar na resposta abaixo:

“(...) a equipe se reúne semanalmente, ou quando necessário, para discussão dos casos, contribuindo cada um com o seu olhar, digo, conhecimento específico para uma maior resolutividade da situação. Sinto-me com autonomia, pois apesar dos casos serem discutidos em equipe, a decisão fica para o técnico de Referência. Além disso, no que se refere à área social, a equipe leva em consideração o parecer do assistente social”. (PROFISSIONAL “B”)

Outro ponto abordado foi a relação do Serviço Social com o usuário/família, por entender que a família tem uma função muito importante na reinserção social do portador de transtorno mental. A família, para a PNAS – Política Nacional de Assistência Social – é o grupo de pessoas que se acha unido por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade. Os Centros de Atenção Psicossociais têm a família como essencial para concretizar o resgate da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico. Assim, para a eficácia do tratamento, a família é convocada a assumir vínculos com a instituição, responsabilizando-se pelos cuidados do usuário. No entanto, para isso, algumas medidas são tomadas, como o conhecimento da estrutura familiar, através da observação sensível, da entrevista social (escuta qualificada), visitas domiciliares e elaboração de relatórios sociais, com o objetivo de analisar qual a melhor maneira de estabelecer uma parceria com a mesma no conjunto de estratégias de intervenção.

Pôde-se perceber, no decorrer da pesquisa, que diversos familiares não compareciam ao serviço para acompanhar o tratamento dos entes que lá estavam inseridos. Essa atual conjuntura pode ser explicada recorrendo ao passado. Por muito tempo a família foi excluída do tratamento da pessoa com doença mental, por ser considerada a causadora da doença. O isolamento e o afastamento da sociedade e dos familiares eram considerados imprescindíveis para a efetivação e sucesso do tratamento. Foi somente na década de 80 que houve a mudança desse quadro através da Reforma Psiquiátrica. A partir daí a família foi vista como protagonista, junto com uma equipe multiprofissional de saúde, na reinserção do portador de transtorno mental na sociedade. No entanto, as famílias das pessoas com sofrimentos psíquicos, não receberam informações e preparos suficientes para assumir a responsabilidade por tal demanda, o que implicou uma grande resistência em aceitar o doente no seio familiar.

Os métodos da assistência psiquiátrica utilizados até o século XIX deixaram consequências até hoje sentidas na Saúde Mental. O preconceito, o medo no cuidado com o doente, a exclusão e o desconhecimento sobre a doença tanto por parte da família quanto da sociedade, ainda são realidades frequentes. Uma consequência de todos esses fatores é a Residência Terapêutica, que surgiu para abrigar os pacientes que não possuem mais vínculos familiares devido ao período de longa internação nos hospitais psiquiátricos.

O trabalho do assistente social no acolhimento da pessoa com sofrimento psíquico tem como desafio superar as barreiras existentes na participação dos familiares no cuidado do doente com transtorno mental e a aceitação da sociedade do mesmo como cidadão portador de direitos.

“Permeada por momentos de presença e de ausência dos usuários e da família, dificultando por vezes, a vinculação do usuário e da família ao Projeto Terapêutico Individual e Singular estabelecido. O assistente social busca estabelecer um fluxo constante de informações concernentes aos direitos dos usuários e de sua família, ao mesmo tempo, em que possibilita a participação e busca da autonomia desse usuário na relação familiar e comunitária, considerando nessa trajetória o sofrimento psíquico do mesmo, da família, aliados muitas vezes à precariedade das políticas públicas (...)” (PROFISSIONAL “A”)

A resposta acima nos remete a outra questão de grande relevância no contexto da Reforma Psiquiátrica: as políticas em saúde, especificamente na Saúde Mental. Necessário enfatizar as políticas em Saúde Mental para crianças e adolescentes, pelo fato do nosso objeto de estudo ser um CAPS infanto-juvenil. No Brasil, durante muito tempo, a história das políticas públicas em Saúde Mental direcionada para a infância e adolescência se limitou à assistência propensa à institucionalização com bases filantrópicas e privadas. Foi com a Constituição de 1988 e a promulgação de Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e o Movimento da Reforma Psiquiátrica que essa conjuntura começou a ser alterada. Um dos pontos principais para essa superação foi a substituição do antigo modelo asilar, por uma rede de assistência comunitária. Outro marco fundamental para a consolidação e criação das políticas em Saúde Mental foi a instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, por meio da Portaria GM n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004, pelo Ministério da Saúde. Um espaço voltado para o debate dos diversos problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes com sofrimentos psíquicos em situação de vulnerabilidade e os meios possíveis para resolvê-los. Em 2005 foi divulgado, pelo Fórum, as primeiras diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional: A implementação imediata de ações que visem a reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, sejam, no campo da saúde mental, da assistência social, da educação e da justiça. Através de: Criação de serviços de base territorial (Capsi, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e demais equipamentos compatíveis com a lógica territorial); Reestruturação de toda rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental; Fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares; Articulação co-responsável entre os diferentes setores públicos que compõem a rede assistencial; A promoção de um diálogo permanente e conseqüente com os Operadores do Direito, no sentido de que sua ação se coadune com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental; A consideração das diferenças étnico-raciais tanto na análise dos fatores de institucionalização quanto no processo de reversão deste quadro nele incluindo a questão da acessibilidade à rede de atenção; A realização de estudos e pesquisas de caráter científico concernindo as razões determinantes e os efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes A construção de dados qualificados relacionados às condições clínicas e psicossociais da população institucionalizada, através de censos populacionais e mapeamento das instituições governamentais, não-governamentais e filantrópicas (federais, estaduais e/ou municipais) para subsidiar e instrumentalizar a política de desinstitucionalização; A tomada de responsabilidade com ações imediatas por parte dos gestores municipais, estaduais e federal, no sentido de garantir, em cada localidade do território nacional, a implementação do conjunto das recomendações que compõe este documento. (Disponível em www.brasilsus.com.br) Com relação aos avanços encontrados na política de saúde em Aracaju, especificamente na Saúde mental, na percepção das interrogadas, pôde-se perceber que condiz com a consolidação do novo modelo de assistência, baseado na concepção integradora e não institucionalizante, consolidado em base comunitária: “Grande avanço com a efetiva preocupação em implantar o projeto da Reforma Psiquiátrica, respeitando e operacionalizando as diretrizes emanadas da referida Reforma. Nesse momento houve também uma grande preocupação no fazer com

qualidade, apropriando-se conceitualmente, ideologicamente e politicamente da proposta, inclusive com destinação financeira adequada e necessária para essa implantação (...). (PROFISSIONAL “A”) “A quantidade e diversidade de CAPS a serviço da população (...). A diminuição dos leitos hospitalares e/ou fechamento dos hospitais psiquiátricos. A existência de Residências Terapêuticas (...). (PROFISSIONAL “B”)

Porém os desafios ainda são muitos a ser superados: “Refluxo no processo atual de implementação e redimensionamento da Reforma Psiquiátrica no município de Aracaju (...)”. (PROFISSIONAL “A”) “Pressão da sociedade para maior resolutividade no tocante ao uso abusivo de álcool e outras drogas por considerar um problema de saúde pública, esquecendo-se que é um problema social. Garantir o acesso da população aos serviços de saúde com qualidade, efetivando o SUS. Diminuir o preconceito em relação a Saúde Mental e o desconhecimento dos nossos serviços”. (PROFISSIONAL “B”) Há de se ressaltar que os CAPS ad são serviços não só de cuidados aos usuários com transtornos mentais e de uso de substâncias psicoativas, mas organização e articulação de toda a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Através da Portaria n.º 816 de 30 de abril de 2002, o Ministério da Saúde, considerando as determinações da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, o aumento do consumo de álcool e outras drogas, entre crianças e adolescentes no País; a necessidade de ampliação da oferta de atendimento a essa clientela na rede do SUS; a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, tendo por objetivos:

- I – Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas;
- II - Organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;
- III - Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representada pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- IV - Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;
- V - Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;
- VI - Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais. Diante das informações coletadas, foi constatado que o exercício profissional do assistente social no CAPS i/ ad Vida dá-se respaldado por princípios proposto pelo SUS e ancorados na Reforma Psiquiátrica, como integralidade (no que diz respeito à promoção e prevenção no âmbito individual e coletivo), intersetorialidade (desenvolvimento de ações, com integração entre outros programas e políticas públicas) e controle social (no sentido de participação popular dos usuários e familiares). Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional exige que os profissionais trabalhem na interdependência, mas reconhecendo seus conhecimentos específicos e sua prática, que corresponde a uma parte do todo, estabelecendo relações horizontais, com conexão de diferentes saberes, porém sem perder sua importância e sua autonomia na equipe (no que diz respeito às políticas públicas e direitos sociais). O assistente social possui embasamento ético-político e teórico-metodológico que consegue dar um olhar diferente às expressões das questões sociais, analisando o indivíduo com transtorno mental e sua família, associados às mazelas e as

dificuldades impostas pelas contradições do mundo capitalista. Todos intervêm, mas o assistente social, de forma qualificada, pauta-se na PNAS, no que tange à família, como um dos principais responsáveis pelo processo de reinserção social e reabilitação do doente com sofrimento psíquico e/ou de usuários de substâncias psicoativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados da pesquisa, o exercício profissional do Serviço Social aponta que está condizente com os objetivos da Reforma Psiquiátrica em seu cotidiano, e que o processo de trabalho no CAPS i/ad Vida favorece as abordagens no sentido da interdisciplinaridade, orientadas na busca por viabilizar a equidade, integralidade e intersetorialidade no atendimento das necessidades dos usuários dos serviços prestados pela instituição.

A Saúde mental vem sofrendo inúmeras transformações, avanços e retrocessos ao longo desses anos, em todos os setores. Porém, partindo do pressuposto de que apesar das políticas sociais, voltadas para a saúde mental, estarem organizadas no âmbito da legislação, o processo de enfrentamento das dificuldades na busca de autonomia e reinserção social dos portadores de transtornos mentais não deve ser resumido apenas à implementação de uma política, é necessário que, além disso, haja uma parceria com os princípios adotados por outras áreas das políticas sociais, como a assistência, educação, trabalho, entre outras. E é nesse contexto que o trabalho do assistente social torna-se fundamental.

Para tanto, o profissional deve estar direcionado na busca por estratégias que ultrapassem a atuação institucional mediante os empecilhos do cotidiano, de forma a conhecer a realidade enfrentada pelo usuário, bem como os serviços que são possíveis de serem acessados. Afinal, a ação deste profissional dentro da saúde mental se concretiza em inúmeras ações expressas na superação da expressão da questão social existente nesse âmbito.

Portanto, devido à experiência vivenciada no estágio dentro do CAPS da referida pesquisa, atrelada às respostas das assistentes sociais interrogadas e ao estudo aprofundado do contexto histórico acerca da saúde mental, constatou-se que a hipótese de estudo foi alcançada, visto que o exercício profissional das assistentes sociais, mediante dispositivos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativos, segue os princípios da Reforma Psiquiátrica e está de acordo com o Código de Ética Profissional, que traz como um dos princípios fundamentais:

Empenho na eliminação de todas as formas de preconceitos, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças. (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, RESOLUÇÃO CFESS n. 290 e 293, 13 DE MARÇO DE 1993)

Ao verificar as demandas institucionais e as práticas interdisciplinares, chegou-se ao objetivo inicial, já que houve o conhecimento do papel desempenhado pelo assistente social no âmbito da Saúde Mental, bem como se obteve a possibilidade de perceber que suas ações condizem com o que está prescrito na Lei nº 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, ao mediatizar o desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BISNETO, J. A. Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i . Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

_____. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 08/11/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e indicador CAPS/100.000 habitantes. Brasília: MS; 2009.

_____. Portaria GM / MS nº 816 / 2002, de 30 de abril de 2002. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8029-816.html?q=> Acesso em 12/08/2011. BRAVO, M. I. S.. MATOS, M. C.. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L. (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004

BURIOLLA, M. F.. O Estágio Supervisionado. São Paulo: Cortez, 1995.

BURIOLLA, M. F.. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Código civil, LEI No 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm Acesso em 08/11/2010.

ESPERIDIÃO, E. -Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 10/05/2011.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, Acessória de Comunicação Social – Brasília: MEC, ACS, 2005.

FERNANDES, F.; MOURA, J. A Institucionalização da Loucura. São Paulo 2009. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/ainstitucionalizacao-da-loucura-introducao-parte-i>>. Acesso em 18/07/2011.

FIGUEIREDO, G. R. A evolução do hospício no Brasil. Tese de Doutorado não-publicada. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1996.

GONÇALVEZ, A. M.; SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001

LIMA, A. R. S. de. Rede de Saúde Mental uma "experiência exitosa". Aracaju, 2006. Disponível em: [//www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/arquivos/Palestraraquel.pps](http://www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/arquivos/Palestraraquel.pps). Acesso em 08/08/2011.

MEDEIROS, T. A. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1977.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23139. Acesso em 11/08/2011.

_____. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Acesso em 11/08/2011.

_____. Saúde Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 20/07/2011.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. NASI, C. A família e o doente mental usuário do hospital-dia: estudo de um caso. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 8, n. 6, p. 20-26, 2000.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, J. A. M., PASSOS, E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. v.1, p. 259 -275, 2007.

OSINAGA, V. L. M. Saúde e doença mental: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. São Paulo, 1999.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. R. Costa (orgs.), Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil (pp. 15-73). Petrópolis: Vozes, 1990.

_____. Resolução CFESS, nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde, 2010.

BREDOW, S. G; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. Textos & contextos (Porto Alegre). v.9, nº 2, p. 229 -243, 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785>> Acesso em 12/08/2011.

SILVA, V. A; LIPPI, P. C. M; PINTO, C. J. M. Doença Mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. São Paulo. 2008. Disponível em: <<http://www.seufuturonapratica.com.br/intelectu//pdf/02_art_Enfermagem.pdf>>. Acesso em 20/04/2011.

STONE, M. H. A cura da mente: a história da psiquiatria da Antigüidade até o presente. Porto Alegre: Artmed, 1999.

TEIXEIRA, M. O. L. Nascimento da psiquiatria no Brasil. Cadernos IPUB, 8, 42-78. 1997.

VASCONCELOS, A. M. de. A prática de Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 5. ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Saúde Mental e Serviço Social. 3. ed. – São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PESQUISA: O exercício profissional do assistente social no CAPSi Vida em Aracaju-SE (2010-2011).

OBJETIVO: Conhecer o papel desempenhado pelo assistente social no âmbito da Saúde Mental, compreendendo as demandas institucionais e suas relações com as práticas profissionais interdisciplinares, especificamente no CAPSi – Aracaju.

ALUNAS: Alessandra Vieira de Souza; Danielle Fabiane Correa Silva; Tatiana Menezes da Mota

ORIENTADORA: Vera Núbia Santos

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

- Sexo: () Feminino () Masculino
- Faixa etária: () até 25 anos () 26–30 anos () 31–35 anos
() 36–40 anos () mais de 40 anos
- Orientação religiosa: () Católico () Protestante () Outros:

- Tempo de formação
- Tipo de instituição de graduação: () Pública () Particular
- Tempo de exercício profissional: _____

•

Pós – graduação: () Sim () Lato Senso ou () Stricto Senso
() Não

•

Área de especialização: () Saúde () Saúde Mental () Educação
() Assistência () Outros: _____

QUESTÕES GERAIS: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

- 1) Qual o papel do Serviço Social em um CAPS?
- 2) Como é a atuação do assistente social pós-contexto da Reforma Psiquiátrica? Que mudanças houve com a Reforma?
- 3) Quais os avanços e os desafios que você percebe na política de saúde em Aracaju, especificamente na Saúde Mental?
- 4) Quais os entraves na efetivação do serviço enquanto profissional do Serviço Social?

INSERÇÃO NO CAPSi – ARACAJU

- 5) Como é a atuação do assistente social no CAPSi?
- 6) Quais as condições de trabalho disponibilizadas para o Serviço Social no CAPSi?
- 7) Como se trabalha a questão da interdisciplinaridade dentro do CAPSi? Há autonomia profissional? De que forma?
- 8) Como é a relação entre o assistente social e o usuário/família no CAPSi?
- 9) Quais as redes (ou seja, vínculo com Educação, Assistência Social, Terceiro Setor, Associação de Moradores, Conselhos de Políticas e Tutelar, outras unidades de saúde, etc.) que dão suporte nas relações entre o Serviço Social e os atendimentos/encaminhamentos dos usuários?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar do Trabalho de Conclusão de Curso “O exercício profissional do assistente social no CAPSi/ad Vida em Aracaju-SE (2010-2011)”, que é orientado pela professora Vera Núbia Santos e desenvolvido pelas alunas Alessandra Vieira de Souza; Danielle Fabiane Correa Silva; Tatiana Menezes da Mota, do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, e que segue as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura conhecer o papel desempenhado pelo assistente social no âmbito da Saúde Mental, compreendendo as demandas institucionais e suas relações com as práticas profissionais interdisciplinares, especificamente no CAPSi/adVida – Aracaju.

O uso do questionário busca garantir que a privacidade do participante seja mantida, assim como a confidencialidade dos dados.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos do trabalho de conclusão de curso das alunas Alessandra Vieira de Souza; Danielle Fabiane Correa Silva; Tatiana Menezes da Mota, do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação da Prof^a. Vera Núbia Santos, como ela será realizada, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “O exercício profissional do assistente social no CAPSi/ad Vida em Aracaju-SE (2010-2011)”.

Participante da pesquisa ou responsável legal:

Pesquisador responsável:

ANEXO A: LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA (LEI FEDERAL 10.216 de 06 de Abril de 2001 ou LEI PAULO DELGADO)

Redireciona a assistência em saúde mental, oferecendo tratamentos em serviços comunitários de saúde mental e assegurando ao doente com sofrimento psíquico proteção contra qualquer forma de exploração, preconceito e exclusão.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

ANEXO B: SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS:

Segundo o Ministério da Saúde (2004), as Residências Terapêuticas são casas com a finalidade de atender a necessidade de moradia das pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. A implantação dessa moradia, “exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores”.

Os Serviços Residências Terapêuticas são regidos pela Portaria n°. 106/2000 no âmbito do SUS. Os critérios para inserção na moradia segundo o Ministério da Saúde (2004) são:

- Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário.
- Egressos de internação em Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal)
- Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para qual o problema de moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental.
- Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.

A Portaria n°. 106/2000, reestruturou o modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, através de um atendimento mais humanizado objetivando a reintegração social e a redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1.º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de

transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art.2.º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3.º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, cabe :

- a. Garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b. Atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;

c. Promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseadas nos seguintes princípios e diretrizes:

a. Ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;

b. Ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.

c. Respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário

ANEXO C: BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

I -a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;

d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e

e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II -a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III -a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais

Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais.

